Moncorvo

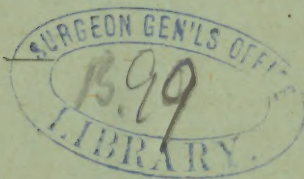
NOTAS CLINICAS

SOBRE

DOUS CASOS DE CROUP

PELO

DR. MONCORVO

Membro da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, etc., etc.

RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA ACADEMICA

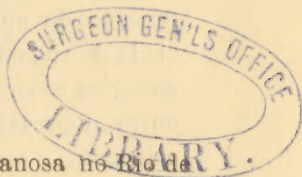
47 RUA D'AJUDA 47

1879

NOTAS CLINICAS

SOBRE DOUS CASOS DE CROUP

PELO

DR. MONCORVO

A raridade da laryngite pseudo-membranosa no Rio de Janeiro, a carencia quasi absoluta em que nos achamos de dados clinicos para um juizo approximado sobre o croup no Brazil —induziram-nos a dar publicidade ás duas seguintes observações, como um pequeno contingente para o estudo da questão. Novas e mais completas contribuições virão constituir os elementos de que ainda não dispomos hoje.

1ª OBSERVAÇÃO

(Colhida pelo Sr. Theodoro Gomes, então estudante de medicina)

Anna, de 5 annos de edade, portugueza, de constituição fraca, de temperamento lymphatico accentuado, ha cerca de dez dias, começou a ter febre á noite, queixando-se de dôr na garganta. Durante o dia, porém, brincava como de ordinario, andava descalça e alegre, de modo a não inspirar receios a sua mãe.

No dia 27 de Outubro (1878), a criança acordou triste, abatida, não quiz levantar-se, tinha sêde, inappetencia, al-

guma febre, achando-se a mucosa do pharynge tumefacta e vermelha; havia já alguma dyspnéa e tosse secca.

Os pais da doentinha são tuberculosos, assim como sua avó materna. Esta familia vive, pelo seu estado de pobreza, nas mais deploraveis condições hygienicas.

Estado actual (Dia 28). — A doente acha-se recostada sobre uma almofada com a cabeça em extensão forçada, os olhos languidos, os labios entre-abertos e arroxeados.

Grande dyspnéa: durante a inspiração nota-se uma depressão do epigastro, coincidindo com a saliencia pronunciada do abdomen; durante este mesmo tempo respiratorio, a energica contracção dos musculos do pescoço determina uma outra depressão bastante apreciavel ao nivel da furcula do esternon.

A disphonia é bem manifesta. Tosse rouca, sobrevindo por quintas muito curtas e seguida de expulsão de mucosidades viscosas. Em uma destas crises foi eliminada uma falsa membrana tubular com os seguintes characteres: regularmente cylindrica,de côr ligeiramente pardacenta, de uma certa consistencia e pouco elastica, medindo cerca de cinco centimetros de extensão e um e meio de diametro. O exame do pharynge deixa vêr a mucosa rubra, tumefacta e coberta em certos pontos de membranas branco-pardacentas, de pequenas dimensões, as quaes cobrem tambem as amygdalas, o véo do paladar e os seus pilares. Ausencia completa de coryza. Ouve-se, mesmo á distancia, um sibilo laryngo-tracheal estridente, percebendo-se pela applicação da mão sobre a parte anterior do pescoço uma vibração bastante sensivel durante os dous tempos respiratorios. Pela escuta nota-se que o murmurio vesicular se acha obscurecido pela propagação do sibilo tracheal.

Augmento da impulsão cardiaca; acceleração dos batimen-

tos do orgão. A sensibilidade cutanea um pouco embotada, tornando-se mais diminuida quando sobrevêm accessos de suffocação. Urinas raras, precipitando pelo acido azotico grande quantidade de albumina.

T. m. 40°, t. 38°,5.—P. m. 160, t. 120.—R. m. 22, t. 20.

Diagnostico. — Croup.

Prescripção da manhã:

Infusão de ipeca.	100	grammas
Ipeca pulverisada.	1	»
Xarope simples.	20	»

m. s. a.

Uma colher de sopa de 10 em 10 minutos.

Prescripção da tarde:

Poção alcoolica.

Looch branco.	70	grammas
Carbonato de ammonia.	1	»
Extracto de cubebas.	2	»
Xarope de polygala.	20	»

m. s. a.

Uma colher de 2 em 2 horas, alternando com a poção alcoolica.

Applicações repetidas e demoradas de uma esponja embebida em agua quente sobre a região laryngeana.

A' tarde acha-se no mesmo estado que pela manhã.

29.—T. m, 38°,8.—P. pequeno e muitissimo frequente—R. 50.

As falsas membranas não são mais percebidas. A molestia continúa a fazer progressos.

A's 7 horas da manhã, violento accesso de suffocação, tornando-se a criança livida e extremamente agitada por espaço de um minuto.

A tosse, que apresenta-se por pequenas crises repetidas com frequencia, simula o latido de um pequeno cão á distancia. O sibilo laryngo-tracheal mais estridente. Applicando-se a mão sobre o larynge, percebe-se a existencia de um corpo movel, no seu interior, que se desloca durante a passagem do ar. Urinas ainda bastante albuminosas e raras. Constipação de ventre. A orthopnéa cada vez mais accentuada, o estado cyanotico da doente, os accessos de suffocação, a anesthesia e a analgesia progressivas, datando da vespera, indicavam a urgencia da tracheotomia, que foi pelo Dr. Moncorvo resolvida, ao apresentar-se, durante a visita, um novo accesso mais intenso. Como, entretanto, as condições deploraveis da habitação da doentinha não permittissem que ahi fosse practicada a operação, remetteu-a o Dr. Moncorvo para a Casa de Saude de N. S. d'Ajuda, solicitando ao seu distincto collega, o Dr. Pereira Guimarães (cirurgião da mesma casa), que practicasse a tracheotomia. Ao chegar, porém, a doente á Casa de saude, a orthopnéa se havia modificado de modo que o Dr. Guimarães julgou prudente adiar a operação, voltando ella para casa.

T. t. 38°,9.—P. 100.—R. 46.

As urinas são por tal fórma albuminosas, que coagulam-se espontaneamente algum tempo depois de sua emissão; grande quantidade de uratos, phosphatos e chloruretos. O Dr. Oscar Bulhões, que vê a criança á tarde, opina egualmente pelo adiamento da operação, por não se haverem repetido os accessos de suffocação.

Com effeito, a respiração mostra-se por essa occasião menos embargada e menos ruidosa que pela manhã. Continúa a haver expulsão, durante as crises de tosse, de mucosidades muito viscosas e arejadas.

Prescr.—Infusão de ipeca . . . 100 gram.
Ipeca pulverisada . . . 1 »
Xarope simples. . . . 20 »
m. s. a.

Uma colhér de sopa de 5 em 5 minutos.

30 de Outubro.—T. m. 39°,4.—R. 46.—P. fraco, irregular e incontavel.

Passou um pouco melhor a noite; anesthesia e analgesia diminuidas. Vomitou uma vez apenas com o maior exforço, não havendo expulsão de falsas membranas. Ligeiro appetite; deglute ainda os liquidos. A constipação perdura. Ainda abundante deposito de albumina pelo simples resfriamento do liquido, independente da addição do acido nitrico. A respiração ainda é quasi abdominal.

Poção com cognac. Caldos de carne; mingáos.

A' tarde:

T. 38°,4.—R. 40.—P. 120, irregular, fraco.

Dorme alguns momentos; durante esse tempo o ruido laryngo-tracheal é menos exagerado. Urinas sempre albuminosas.

Repete-se o vomitivo.

31.—T. m. 38°,2.—R. 40.—P. 120, fraco e irregular.

Não foi possivel administrar-se á doente mais de cinco colheres do vomitivo; ella offerecia tenaz resistencia ás que se lhe apresentavam depois destas.

Urinas raras, depositando grande quantidade de albumina. A respiração um pouco mais ruidosa que hontem. A analgesia tende a desapparecer. A respiração abdominal é menos pronunciada. Repete-se a poção com carbonato de ammonia e extracto de cubebas.

Um clyster purgativo, por perdurar até hoje a constipação.

A' tarde: T. 38°.—R. 40.—P. 120, sempre irregular. Per-

cebem-se alguns estertores de grossas bôlhas disseminados em ambos os pulmões.

Expectoração de mucosidades extremamente viscosas e arejadas. Não ha mais analgesia. A tosse já não tem o timbre rouquenho tão pronunciado como á principio. O precipitado albuminoso é já menos abundante. O clyster foi expellido sem fezes.

1° *de Novembro.*—T. m. 38°.—R. 42.—P. 120. Estertores mucosos generalisados em ambos os pulmões; continúa a expectoração; analgesia quasi nulla. Deposito pouco abundante de albumina pelo acido azotico. Uma dejecção á noite. O olhar da doentinha está mais animado.

Repetio-se a poção de carbonato de ammonia e cubebas.

A' tarde: T. 38°,9.—R. 40.—P. 120.—Acha-se nas mesmas condições que pela manhã.

2 de Novembro.—T. m. 39°,5.—R. 40.—P. 120.—A respiração começa a ser progressivamente mais livre e muito menos ruidosa. Incontinencia nocturna de urinas. Cessou a constipação. As urinas já não precipitam espontaneamente albumina; esta só se obtem em mui pequena quantidade pelo acido azotico (1/10 da quantidade total). A criança tem tomado algum alimento: leite, ovos quentes. Continúa a fazer uso da poção alcoolica e da de cubebas.

A' tarde: T. 38°,8.—R. 35.—P. 118.—Proseguem as melhoras da manhã.

3.—T. m. 38°,5.—R. 30.—P. 115.—Continuam as melhoras; expectoração muco-purulenta; cessou a incontinencia de urinas, estas são mais abundantes e o precipitado albuminoso muito menos copioso.

Mesma medicação.

A' tarde: T. 38°,2.—R. 30.—P. 120.—Vomitivo.

4.—T. m. 38°,7—R. 30.—P. 115.—Vomitou bastante com a

ipeca. O sibilo laryngo-tracheal já não é mais perceptivel. A doente dormio um pouco mais. Urinas abundantes e pouco albuminosas, contendo grande quantidade de uratos.

A' tarde : T. 39,°1.—R. 30.—P. 120.—A criança tem estado, durante todo o dia, mergulhada em profundo somno.

Prescr.—Quina amarella em pó . . . 2 grammas
Divida em 6 papeis, para tomar em café.

5.—T, 39°,3.—R. 35.—P. 140.—A somnolencia accentua-se cada vez mais; é difficil fazer despertar a criança, que apenas entreabre os olhos, completamente immovel, quando fortemente solicitada.

A' tarde : T. 40°,2.—R. 35.—P. 140.—Estado soporôso.

6.—A escuta deixa perceber grande cópia de estertores sub-crepitantes no apice do pulmão esquerdo; no apice do direito os mesmos estertores são menos abundantes.—Poção alcoolica.

A' tarde : T. 39°,8.—R. 35.—P. 140.

7.—T. m. 39°,9.—R. 35.—P. 140.—Respiração suspirosa; profunda decomposição da face; estado comatoso.

A' tarde : T. 40°,6.—R. 40.—P. 150.

Prescr.—Hydrolato de valeriana . . . 100 grammas.
Ether acetico . . . . . . 1 »
Tinctura de canella . . . . 2 »
— — — —etherea de phosphoro 4 gottas.
— — — —de genciana . . . 2 grammas.
Xarope de cascas de laranjas amargas . . . . 20 »
m. s. a.

2 colheres de chá de hora em hora.

A doente não sahio mais do estado comatoso, apezar do emprego seguido da poção fortemente estimulante, e, nestas

condições, sem nenhum outro phenomeno intercurrente, expirou ás 9 horas da noite.

Não poude ser practicada a autopsia.

2ª OBSERVAÇÃO

Logo que os symptomas crueis do croup se desenharam claramente na infeliz criança que faz o objecto da observação precedente, fizemos advertir á sua mãi e ás demais pessoas que a rodeavam que tomassem as maiores cautelas possiveis, afim de poupar ao contagio do terrivel mal a menina Maria, ermã da doentinha, contando apenas dezoito mezes de edade. Estas cautelas, porém, não foram absolutamente seguidas, apezar da insistencia com que repetiamos as nossas advertencias. A mãi beijava a doente e, em acto continuo, acariciava pela mesma fórma sua pequena ermã, que, além de tudo, approximava-se livremente do leito da primeira. Os utensilios e outros objectos de uso domestico serviam promiscuamente a ambas; demais, as estreitas dimensões da habitação, que resumia-se em dous pequenos aposentos, não permittiam, na realidade, o isolamento preventivo da transmissão.

Esta não se fez, com effeito, esperar muito, e no dia 2 para 3 de Novembro, isto é nos ultimos dias da molestia de sua ermã, começou a criança a tossir. A tosse tornou-se, no dia 3, mais frequente e ferina: todas as vezes que a menina começava a mamar, ella apparecia, embaraçando-lhe a deglutição; a criança ficava agitada e frenetica, em um verdadeiro estado de angustia. Foi-lhe administrado um vomitivo de ipeca, com o qual vomitou bastante, sem, comtudo, expellir falsas membranas.

No dia 4, symptomas mais accentuados de croup patenteam-se claramente : tosse croupal, sibilo laryngo-tracheal, albuminuria, dyspnéa moderada, mas ausencia de anesthesia cutanea. Entretanto, o exame difficilmente feito do isthmo do pharynge não deixa vêr mais que um certo rubor da mucosa bucco-pharyngeana e tumefacção das amygdalas; nenhuma falsa membrana póde ser descoberta. Não ha coryza. O pulso bate 100 vezes por minuto ; temperatura de 39°. Pela escuta percebem-se estertores sonoros disseminados em ambos os pulmões, sendo em grande parte obscurecidos pela propagação do sibilo laryngo-tracheal.

Prescripção.—Infusão concentrada de folhas de jaborandi.

Dia 5.—A criança, que houvera passado inquieta e afflicta a noite precedente, foi, a partir das 7 horas da manhã de hoje, accommettida de tres intensissimos accessos de suffocação, apenas separados pelo curto intervallo de alguns minutos.

Chegando, ao terminar o ultimo accesso, encontrámos a doentinha nas seguintes condições: completa prostração, com resolução dos membros ; face livida, o olhar fixo, a boca entreaberta. Com grande difficuldade abaixámos um pouco a mandibula para examinar o fundo da garganta, mas não pudemos descobrir falsas membranas. A doente não expellio um só fragmento destas durante os accessos da tosse. O thorax acha-se quasi immovel, a respiração parece fazer-se superficialmente, ligeiramente estertorosa ; pulso muito pequeno e quasi a extinguir-se ; anesthesia completa, pelle fria e coberta de um suor halituoso ; poucos minutos depois expirava.

Não teve logar a autopsia.

———

Reflexões.—Eis aqui dous casos confirmados de croup, desenvolvidos successivamente em duas crianças submettidas a todas as causas favoraveis á receptividade da infecção diphtherica. A raridade desta molestia em nosso paiz é um facto hoje confirmado pela observação de todos os practicos; entretanto, longe ainda estamos, pela carencia de dados estatisticos, de poder calcular até que ponto chega a pouca frequencia da diphtheria em nosso clima. No Rio de Janeiro nunca reinou o croup epidemicamente.

Na epocha em que tivemos occasião de observar esses dous factos, alguns outros, segundo fomos informados, se deram em varios pontos desta capital, alguns dos quaes tambem terminaram fatalmente.

A pequeno numero se reduziram, entretanto, os casos em questão.

A historia da nossa primeira doente não é completa, por isso que não poude ser acompanhada a molestia desde o começo da sua evolução.

Durante cerca de onze dias, os symptomas do primeiro periodo foram se desenvolvendo gradualmente, sem que fosse a menina subtrahida á acção do ar frio e da humidade, andando descalça em um terreno alagadiço, sem que houvesse, em summa, da parte de sua mãe a menor desconfiança da gravidade do mal que começava a desenhar-se.

Não se oppôz, assim, o menor obstaculo á sua marcha, e quando fomos chamados a vêl-a pela primeira vez, no dia 28, já haviam feito explosão os gravissimos phenomenos do 2º periodo; os terriveis symptomas da asphyxia já se declaravam com certa intensidade. No dia seguinte, os accessos de suffocação se apresentavam com frequencia pela manhã, julgando nós indicada então a intervenção cirurgica.

Este estado, entretanto, havia-se por tal fórma modificado, quando a criança, remettida por nós ao Sr. Dr. Pereira Guimarães, chegou uma hora depois do ultimo accesso á Casa de saude de N. S. d'Ajuda, que este nosso distincto collega julgou prudente adiar a practica da tracheotomia.

Os accessos de suffocação não reappareceram mais, e, de accordo com o nosso distincto collega e amigo, o Dr. Oscar Bulhões, resolvemos esperar, attentos, para actuar ao primeiro symptoma de asphyxia. Isto, entretanto, não se deu e, pelo contrario, os phenomenos mais graves tendiam sempre a dissipar-se: a albuminuria, á principio muito accentuada, como vimos, foi progressivamente diminuindo; o mesmo succedeu á anesthesia e á analgesia. A frequencia dos movimentos respiratorios foi gradualmente decrescendo. Havendo attingido o numero de 50, no dia 29 de Outubro, elles desceram até 30 e 35, para só se elevarem a 40 poucas horas antes da morte.

A temperatura mesmo, que havia attingido o maximo de 39°,4 no dia 30, desceu até 38° na tarde de 31 de Outubro. Desta data em diante, embora a respiração fosse mais livre, havendo ausencia da depressão supra e infra-esternal durante a inspiração, embora fosse muito pouco perceptivel o sibilo laryngo-tracheal, a temperatura não baixou, elevando-se, por oscillações ascendentes, até marcar 40°,6 na tarde de 6, poucas horas antes da morte.

Do dia 4 em diante, e á medida que a temperatura foi-se elevando, a criança começou a cahir em um estado de somnolencia, que foi progressivamente accentuando-se até attingir o coma. O pulso foi sempre muito irregular, de frequencia variavel e fraco.

A marcha da temperatura, comparativamente á do pulso

e da respiração, se poderá melhor aquilatar em presença do seguinte quadro:

DIAS		T		P		R	
		M	T	M	T	M	T
Outubro	28	38°,5	38°,5	150	120	22	20
	29	38°,8	38°,9		100	50	46
	30	39°,4	38°,4	120		46	40
	31	38°,2	38°	120	120	40	40
Novembro	1	38°	38°,9	120	120	42	40
	2	39°5,	38°,8	120	118	40	35
	3	38°,5	38°,2	115	120	30	30
	4	38°,7	39°,1	115	120	30	30
	5	39°,3	40°,2	140	140	35	35
	6		39°,8		140		35
	7	39°,9	40°,6	140	150	35	40

Attendendo-se, pois, para o cyclo seguido pela temperatura durante a molestia da menina Anna, vêr-se-ha que não é aquelle geralmente encontrado nos traçados thermicos do croup. Embora affirme Bouchut que a temperatura suba, algumas vezes,no terceiro periodo do croup até 39°,5 e 40° mesmo, não é, como dissemos, esta elevação final do calor febril um facto ordinario, ligado á essencia da molestia. Este mesmo autor faz notar, todavia, que ao lado da alta temperatura se accentuam os phenomenos asphyxicos que indicam o maximo da gravidade do croup ou a imminencia de uma terminação fatal. Taes phenomenos, entretanto, não se apresentaram na nossa pequena doente.

As numerosas observações thermometricas têm demonstrado ser a temperatura, de ordinario, pouco elevada no croup.

Até as observações minuciosamente feitas, em França, pelo Sr. Roger, pouca importancia ligavam mesmo os clinicos a marcha da temperatura no croup, incluindo a febre, entre outros, como um phenomeno de ordem secundaria, sem ligar-lhe valor algum prognostico.

O Sr. Roger foi o primeiro talvez a encarar com maior attenção o cyclo thermico no croup e no seu interessante livro *(Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, t-1, 1872, p. 339*)*, resumiu por esta fórma a sua observação a este respeito: «O calôr animal augmenta no croup; muito mais, todavia, do que se poderia pensar em vista da excessiva velocidade do pulso e da acceleração dos movimentos respiratorios....»

Mais adiante faz comtudo observar o eminente clinico que a grande elevação da temperatura nesta molestia só a uma complicação accidental se deve attribuir, e ellas são frequentes.

As conclusões do Sr. Roger a este respeito foram perfeitamente confirmadas pelas numerosas observações colhidas pelo Sr. Sanné, que, na sua recente e importantissima obra sobre a diphtheria, declara, segundo ellas, que, na maioria dos casos, tanto benignos como graves, a temperatura oscilla entre 38°,2 e 38°,8, accrescentando que, naquelles em que a temperatura elevou-se a 39° e mesmo a 40°, havia a coincidencia ou a imminencia de uma complicação intercurrente (1).

A marcha do calor febril no periodo em que começámos a observar a nossa primeira doentinha guardou, á principio, certa relação com a gravidade dos accidentes: de 38°,5 (manhã de 28) elevou-se o calor febril na manhã de 30, a 39°,4

---

(1) Apoiado em duas observações pessoaes, Loeb faz notar que podem haver casos de croup sem reacção febril; deve-se, porém, observar que os dous casos a que se refere este autor eram benignos, não invalidando assim a regra geral, segundo a qual o croup de alguma gravidade é quasi sempre febril. (Vide. *Die Temperatuverhältnisse beim Croup, in—Jahrbuch für Kinderkeilkunde)*

para descer gradualmente á 38° na tarde de 31; assim se conservou até a manhã do dia seguinte, subindo dahi em diante gradualmente até o termo da molestia e marcando então 40°,5.

Confrontando os symptomas essenciaes do croup com as variações thermometricas, vê-se que ellas não guardaram estreita relação com as manifestações mais graves do mal; assim quando os phenomenos asphyxicos indicavam a entrada franca da molestia no seu 2° periodo, o thermometro marcava na manhã de 27 de Outubro 38°,8 quando a analgesia e a anesthesia, a cyanose, a albuminuria e os accessos de suffocação haviam attingido o seu maximo de intensidade. Quando porém todos estes symptomas foram entrando em um periodo regressivo, a temperatura, que havia comtudo baixado na manhã de 9 de Novembro a 38°, foi progressivamente subindo na razão inversa da marcha do croup. Deveria, pois, ter actuado, no caso em questão, uma causa intercurrente a que estivesse subordinada a elevação da temperatura.

Não poderemos affirmar qual fosse definitivamente, por isso que a autopsia, que deveria trazer a luz, não pôde ser feita, bem a nosso pezar; entretanto, os antecedentes hereditarios da criança, archivados no corpo da nossa observação, as pessimas condições hygienicas em que vivia ella, os estertores encontrados no apice de ambos os pulmões, quando a diminuição sensivel do sibilo laryngo-tracheal permittio que os phenomenos pulmonares fossem melhor discriminados pela escuta, — não deveriam induzir-nos a suspeitar da existencia de uma tuberculisação miliar aguda, desabrochada sob a influencia da infecção diphtherica. Bem sabemos que a somnolencia e o coma constituem uma das fórmas frequentes da terminação do croup, mas tambem nestes casos a marcha dos outros phenomenos, della imme-

diatamente dependentes, é outra que não a observada na menina Anna.

Julgamos antes dever acceitar, com a maior somma de probabilidades, a hypothese de uma tuberculisação aguda de fórma typhoide, que é na infancia muitas vezes de uma duração muito mais curta do que se póde pensar. Os phenomenos asphyxicos haviam inteiramente se dissipado nos ultimos dias: a anesthesia e a analgesia não eram mais percebidas; a cyanose havia desapparecido e apenas traços de albumina eram encontrados nas urinas. O Sr. Bouchut considera a albuminuria como a expressão da infecção diphtherica; ora na nossa doente vimos que a presença da albumina, consideravel no dia 29 de Outubro (1ª visita), foi progressivamente diminuindo, á medida que os phenomenos asphyxicos tambem decresciam. Ainda assim ella existia, quando a respiração tornou-se mais livre, parecendo fazer crêr, como nos casos observados pelo Sr. Sanné, que a presença da albumina não se acha implicitamente subordinada ao embaraço respiratorio. Na menina Anna notou-se demais, o que constitue a regra na albuminuria diphtherica, a ausencia de edema e de anasarca. Os observadores modernos como Lecorché e Sanné explicam a ausencia da hydropesia, nestas condições, pela limitação da congestão ou das alterações tubulares á um só dos rins. Ao menos isso parece deprehender-se dos exames necroscopicos feitos, nestes ultimos tempos, com o intento de averiguar esse phenomeno. Em 224 casos de albuminuria diphtherica, collecionados pelo Sr. Sanné, em 7 apenas apresentou-se a hydropesia.

Em relação á quantidade da urina, verificámos, na doentinha em questão, o contrario do que um observador distincto, o Sr. Callandreau-Dufresne, consignou: segundo elle, as urinas diminuem consideravelmente de volume, na grande maioria das vezes, durante a maior elevação da

temperatura. Ora, em nossa pequena doente a diurese augmentou precisamente quando o calor febril começou a subir.

Os vomitos, tão frequentemente indicados nas observações de croup, entre os symptomas mais serios, não se apresentaram na nossa doente, sendo mesmo para notar-se que, embora repetido mais de uma vez o emprego dos vomitivos, pouco vomitou ella sob a influencia destes.

A anorexia accentuou-se consideravelmente neste caso: ella é mesmo consignada em quasi todas as observações. Bretonneau e depois delle Trousseau já haviam feito sentir a repugnancia dos doentes affectados de croup para toda a sorte de alimentação. Elles chegaram mesmo a considerar este phenomeno como uma circumstancia aggravante da molestia. Assim devemos julgal-o, se nos lembrarmos que a infecção diphtherica opprime rapida e consideravelmente as forças dos doentes; este facto ainda mais notavelmente se fará sentir em crianças, como a nossa doentinha, deprimidas pelo lymphatismo e por innumeras causas de insalubridade sobre ella actuando desde o nascimento.

No corpo da nossa primeira observação acham-se distinctamente indicados: o engorgitamento das glandulas submaxillares e a adenite sub-maxillar.

Neste caso pudemos vêr confirmadas a inflammação das glandulas sub-maxillares, verificada pelos Srs. Balzer e Talamou. Estes dous observadores, em um interessante trabalho, publicado na *Revue mensuelle de médecine et chirurgie*, de Julho de 1878 *(Des lesions des glandes salivaires dans la diphthérie)*, descreveram minuciosamente as lesões encontradas nas glandulas maxillares e muitas vezes tambem nas parotidas, e assestadas no tecido conjunctivo, nos vasos sanguineos e lymphaticos, assim como no epithelio dos canaes excretores.

Estas alterações dependem, segundo pensam elles, da

propagação da inflammação da mucosa buccal a estes canaes, podendo tambem effectuar-se esta propagação pela rede lymphatica inflammada da região cervical. Um exame aprofundado póde deixar, como na nossa doentinha, perceber-se a tumefacção distincta da glandula compromettida.

A doente, que faz o assumpto da segunda observação, foi victima da transmissão directa da cruel molestia que victimou sua ermã. Parece-nos um facto comprobativo do contagio directo do croup. Vimos que a imprudencia da mãe da pequena doente deixou-a continuar a cohabitar com sua ermã já affectada do terrivel mal, permittindo-lhe todo o contacto possivel com a mesma; chegou mesmo a beijar successivamente ambas as filhas, sendo assim tambem provavelmente os labios um dos intermediarios da transmissão. Ninguem ignora que ainda hoje se acham divididos os medicos dos differentes paizes sobre a questão da transmissão da diphtheria pelo contacto directo. Aos factos adduzidos por aquelles que a admittem, apezar ainda das innumeras victimas que figuram no grande martyrologio da sciencia, oppõem medicos muito distinctos factos experimentaes em prova do contrario, alguns dos quaes são a expressão de uma dedicação sem limites á sciencia e de uma coragem extraordinaria. São bem conhecidas as provas a que se submetteu, por exemplo, o professor Peter para demonstrar a não transmissibilidade da diphtheria pelo contacto directo, experiencias estas que foram posteriormente reproduzidas com egual insuccesso pelo Dr. Duchamp, em 1875.

Apezar destas experiencias negativas, julgamos poder argumentar com o Sr. Sanné, que deste assumpto larga e proficientemente se occupa em sua já mencionada obra, dizendo que ellas apenas demonstram não ser a diphtheria forçosamente transmittida pelo contacto directo. O terreno

póde ser improprio para o desenvolvimento do mal e nulla a receptividade, como judiciosamente reflecte o mesmo autor.

Nós temos disto uma prova no caso vertente, vendo a molestia poupar a mãe e a avó da nossa segunda doentinha, transmittindo-se, entretanto, a esta que, entre outras condições favoraveis á receptividade, tinha a sua muito tenra edade.

Cremos bem que as condições do ambiente actuem na maxima parte dos casos para a propagação do mal; que este caso não fosse uma excepção; mas não será possivel admittir-se que o contacto directo fosse aqui um dos meios mais activos do contagio, não reinando, além disso, a molestia epidemicamente?

Si a criança em questão houvesse sido vista por um medico que ignorasse a precedencia na mesma casa de um caso confirmado de croup, teria este certamente hesitado bastante antes de qualifical-o como tal; havia, na verdade, ausencia de um dos symptomas pathognomicos do mal, como seja a expulsão de falsas membranas e mesmo da sua presença no isthmo da garganta, dependente da angina diphtherica que tantas vezes a precede.

Examinada a garganta, aos primeiros symptomas suspeitos, não nos foi possivel descobrir o menor traço de depositos diphthericos, e ainda poucos momentos antes da morte apenas a tumefacção e o rubor das amygdalas podiam ser percebidos. A marcha da molestia foi excessivamente rapida, pouco excedendo a sua duração de 48 horas; os phenomenos asphyxicos apresentaram-se desde logo com a maior intensidade.

Com os antecedentes porém que referimos o diagnostico não podia ser posto em duvida; tractava-se de um caso de croup *d'emblée*. Demais, tinhamos presentes os factos consignados pelo Dr. Sanné, que teve occasião de encontrar, em

algumas autopsias por elle practicadas, a presença de falsas membranas sobre a face posterior das amygdalas, que durante a vida não tinham podido ser descobertas apezar de um exame attento do fundo da garganta. Infelizmente, para nós o exame necroscopico não poude vir esclarecer este facto suspeitado na nossa doentinha.

Qual teria sido a causa immediata da morte, como interpretar tão subita terminação da molestia na nossa segunda doentinha? Eis um problema que nos será bem difficil satisfactoriamente resolver, sem o poderoso elemento que, para a sua solução, deveria trazer-nos a autopsia; mais uma vez lamentamos a impossibilidade em que nos achamos de practical-a. Entretanto, si recorrermos ao exame dos symptomas observados com attenção desde a invasão do mal, julgamos dever crêr que um obstaculo mecanico opposto á penetração do ar nos pulmões não foi a causa unica da prompta asphyxia. A pouca intensidade do sibilo laryngo-tracheal, a ausencia da *bulha de serra* pela escuta do larynge, da falta da anesthesia e da intensidade relativamente pequena da dyspnea até a manhã do dia 5, isto é até poucos momentos antes da terminação fatal—phenomenos estes negativos, que não nos autorisaram á intervir cirurgicamente até a vespera,—fazem-nos crêr que outro elemento intercurrente veiu actuar.

A escuta não esclarecia satisfactoriamente a situação; além de que ella se tornava no momento difficil e pouco segura, não havia até a vespera denunciado a existencia de alguma complicação pulmonar. A temperatura verificada era de 39° e antes do estudo mais demorado do cyclo thermico era quasi impossivel, por esse gráo isolado, admittir a imminencia dessa complicação.

Diante destas reflexões, fomos levados a acreditar que a morte da nossa pequena doente fosse accarretada por um spasmo dos musculos constrictores do larynge, visto parecer-

nos pouco provavel a paralysia dos dilatadores em um periodo tão pouco adiantado do mal. Todos sabem que o spasmo da glotte se effectua facilmente, durante a primeira infancia, sob a influencia de qualquer causa de irritação da mucosa laryngeana. E' este um phenomeno por demais frequente nas phlegmasias as menos intensas deste orgão, entre as crianças, para que se deixe facilmente de dar mais accentuadamente na laryngite pseudo-membranosa.

Esta causa da asphyxia no croup foi devidamente accentuada pelo Sr. Professor Jaccoud em seu tractado de pathologia interna. O eminente clinico demonstrou que a molestia póde determinar a morte de cinco modos diversos: pela obstrucção membranosa, por espasmo glottico, pela parada subita da respiração consecutiva á excitação centripeta do bulbo e pelo accumulo do acido carbonico no sangue.

Si, como todos os phenomenos até a vespera observados faziam crêr, não havia, na nossa pequena doente, uma obstrucção completa do larynge, si o periodo ainda pouco adiantado da molestia não podia explicar a paralysia dos recurrentes, bem como o excesso de acido carbonico accumulado no sangue, restava-nos naturalmente a hypothese mais provavel do espasmo glottico.

E' além disso o que a observação demonstra ser em extremo frequente no croup desenvolvido em crianças de baixa edade, nas quaes á uma dyspnéa mediocre, como a da nossa doente, sobrevêm subitamente accessos de suffocação que podem originar a morte. Os symptomas terriveis do espasmo glottico não eram com effeito aquelles que deixamos descriptos nos ultimos momentos da molestia?

Em taes condições não era mais possivel impedir a terminação fatal, que poucos momentos depois se realizava. A pobre doentinha agonisava, quando chegámos a seu leito.

A nossa intervenção therapeutica foi nos dous casos em

questão simplesmente medica. Vimos que a tracheotomia que devia ser practicada na primeira criança foi adiada por se haverem dissipado as causas de asphyxia imminente, representadas particularmente pelos accessos de suffocação. A dyspnéa proseguia, é verdade, mas todos os phenomenos conjunctamente observados demonstravam não ser ella mais subordinada exclusivamente á obstrucção laryngeana. As condições do pulso sempre accelerado, a frequencia constante dos movimentos respiratorios e a marcha sobretudo da temperatura, indicavam, como já fizemos vêr, a existencia de uma complicação pulmonar. Si é verdade, como parecem provar algumas observações, que as complicações desta ordem não contraindicam formalmente a intervenção cirurgica, por outro lado as condições geraes da infeliz criança, os seus antecedentes hereditarios, o meio hygienico em que ella estava mergulhada, fallavam bem alto em favor da natureza especifica da complicação para que concebessemos esperanças de assegurar-lhe a vida pela tracheotomia.

A tuberculisação pulmonar será, porém, de facto uma contraindicação formal para a practica desta operação ?

Ousamos nós admittil-a como tal, pelo menos nos casos analogos ao que nos referimos, quando todos os elementos forem desfavoraveis ao bom exito della.

Quando a diphtheria sobrevem a uma tuberculose que já se haja demonstrado ou que tenha acarretado a cachexia especifica, a tracheotomia tem sido quasi invariavelmente improficua. «Sobre 19 casos de diphtheria consecutiva á tuberculose, diz o Sr. Sanné, a morte não poupou um só, 6 haviam soffrido a operação da tracheotomia.»

Não consideramos o nosso caso de diphtheria consecutiva á tuberculose em evolução, mas pensamos dever admittir

que esta, até então latente, se ateasse sob a influencia da laryngite pseudo-membranosa.

Na segunda criança, não houve tempo de actuar, por isso que os phenomenos de asphyxia, dependentes, quanto a nós, do espasmo glottico, determinaram promptamente a morte, como vimos.

Na primeira doente a nossa medicação consistiu no emprego dos vomitorios de *ipeca* repetidos com alguns intervallos, na administração de uma poção alcoolica e finalmente no emprego da cubebas, segundo a formula aconselhada pelos Srs. D'Espine e C. Picot, de Genebra, que nos parece bôa, contendo associadamente o carbonato de ammonia e a polygala. Não podiamos considerar os balsamicos como especifico da molestia, mas quizemos, por nossa parte, pôr em prova o emprego deste meio, muito em voga actualmente e que, iniciado com proveito, em 1866, pelo Dr. Trideau, foi posteriormente empregado com successo em muitos casos não só pelo mesmo medico, mas ainda pelos Srs. Bergeron, Archambault, Moreau, Couralle, Vaslin, D'Espine e Picot. Estes dous ultimos autores affirmam mesmo que de todos os medicamentos apregoados contra o croup foi a cubebas o que lhes pareceu menos infiel.

A medicação balsamica tem sido, entretanto, impugnada por alguns medicos, como Lavergne, Bastroie e Sanné, que a consideram pouco segura, quanto á sua efficacia, ao passo que as crianças a repugnam fortemente. Vastin, antigo interno do serviço do Sr. Bergeron no hospital de Sainte Eugénie, onde foram com proveito empregados os preparados de cubebas,fez, ao contrario, notar que os pequenos doentes ahi supportavam sem a menor repugnancia o medicamento. O mesmo tivemos nós occasião de observar : a menina Anna, que com difficuldade acceitava a infusão de *ipeca*, tomava

sempre sem a menor reluctancia a poção contendo o extracto de cubebas.

Quanto ao resultado deste agente therapeutico, no caso vertente, não cremos que fosse totalmente esteril, sem que pudessemos tirar delle uma conclusão satisfactoria. Os tonicos e os alcoolicos são por todos os practicos aconselhados com persistencia e, acreditando nós na sua perfeita indicação, administramos á doente uma poção alcoolica, que foi usada ao mesmo tempo que a de cubebas. O alcool opera ainda como um poderoso antiseptico, preenchendo, portanto, uma dupla indicação na therapeutica da diphtheria.

Os vomitivos são desde longa data usados contra o croup com o fim de auxiliar a expulsão das falsas membranas; uns preferem o *emetico*, outros a *ipeca*. Nós daremos preferencia a esta ultima sempre que se tractar da infancia, pois que, em qualquer hypothese, o tartaro emetico é, segundo a nossa observação, um dos medicamentos menos facilmente tolerados pelas crianças, particularmente pelas de baixa edade.

No croup, particularmente, em que a infecção geral do organismo tão prompta e fortemente o deprime, será muito para receiar o emprego ousado do tartaro stibiado. Alguns medicos, como Blachez, têm abandonado o uso da ipeca por julgarem-na inutil como auxiliar da expulsão das falsas membranas.

Sanné, que partilha esta opinião, faz sentir que: ou o deposito membranoso se acha muito adherente e o esforço mecanico do vomito não será bastante para desprendêl-o, ou elle se acha nas condições oppostas e as membranas podem ser facilmente retiradas pelos dentes de uma pinça.

Queremos crêr que o Sr. Sanné exagera a inefficacia dos vomitivos: si é verdade que as falsas membranas pouco adherentes ao isthmo da garganta podem ser de preferencia

e mais expeditamente subtrahidas por meio de uma pinça, cremos que a mesma facilidade não se poderá practicamente encontrar no mesmo processo de extracção, quando se tractar dos depositos intra-laryngeanos. Os vomitivos administrados com moderação e prudencia, recorrendo-se de preferencia á *ipeca* ou ao *sulfato de cobre*, podem ser de provada vantagem no tractamento do croup.

Na menina pertencente á 2ª observação, depois do emprego de um vomitivo que não determinou a expulsão de productos membranosos, recorremos ao emprego do jaborandi, ensaiando, cremos, pela primeira vez nesta molestia, o uso deste poderoso agente a estudar os seus effeitos sobre a mucosa laryngo-tracheal. O resultado não pôde ser apreciado, mas lembramos aqui o ensaio deste meio, que não foi ainda estudado em relação a esta molestia.